

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 155

Contribution à l'Etude
du Rhumatisme Chronique
d'Origine Syphilitique

THÈSE

PRÉSENTÉE

a la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Mars 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul SURREL

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph

Diplômé de Bactériologie

Né le 15 Février 1907; à CRAPONNE-SUR-ARZON (Haute-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1933

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU RHUMATISME CHRONIQUE
D'ORIGINE SYPHILITIQUE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554205_0039

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 155

Contribution à l'Etude du Rhumatisme Chronique d'Origine Syphilitique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Mars 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul SURREL

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph

Diplômé de Bactériologie

Né le 15 Février 1907; à CRAPONNE-SUR-ARZON (Haute-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUAND
Clinique chirurgicale, Infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CO' LET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	PATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienné MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOUT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FAVRE, président ; CHALIER J., assesseur ;

GATE et DECHAUME

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MÈRE

Sa vie, faite de devoir et d'abnégation, nous la font chérir et vénérer.

A MON PÈRE LE DOCTEUR JOSEPH SURREL

Son dévouement sans limites, son existence consacrée entièrement au travail et à sa famille, son sens clinique jamais en défaut, sa droiture et sa grande bonté sont les plus beaux exemples qu'un père puisse donner à ses enfants. Le plus grand hommage que nous puissions lui offrir sera d'essayer de suivre ses traces dans cette carrière de médecin qu'il place au-dessus de tout. Qu'il soit assuré que nous nous y efforcerons.

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMIGIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE
Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur d'Anatomie Pathologique
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Il a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous sommes heureux de lui exprimer
ici notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARTINE
Médecin en Chef de l'Hôpital Saint-Joseph

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse : ce serait déjà un motif suffisant à notre reconnaissance.

Mais, en outre, il nous a honoré de sa confiance ; nous nous en souviendrons toujours avec émotion. Les matinées passées avec lui à l'hôpital resteront les meilleurs souvenirs de notre vie d'étudiant. Il nous enseignait son art avec clarté et précision.

Sa patience devant nos hésitations était un réconfort. Ses qualités d'homme ne le cédaient en rien à sa valeur médicale et si nous lui sommes redevables de la plus grande part de notre éducation clinique, nous lui devons aussi de belles leçons d'énergie et de droiture.

Qu'il soit assuré de notre profonde et respectueuse affection.

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTINE
MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER
MONSIEUR LE DOCTEUR GIULIANI
MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRAT
MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RHUMATISME CHRONIQUE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

PREMIÈRE PARTIE.

Avant-propos

Sous l'inspiration de notre Maître, le docteur Martine, nous avons songé à apporter notre contribution à l'étude du rhumatisme chronique d'origine syphilitique.

La question du rhumatisme chronique a de tous temps passionné les médecins ; de multiples travaux le témoignent. Le problème n'est pas simple ; l'étiologie, la pathogénie de cette dystrophie du système locomoteur restent encore trop souvent mystérieuses.

En outre, des préoccupations d'ordre social viennent se joindre aux recherches d'ordre purement spéculatif, car jamais autant que de nos jours, on ne s'était aussi bien aperçu, d'après des statistiques récemment établies, que les « rhumatismes dans les classes ouvrières sont la cause d'incapacité de travail et d'invalidités prolongées, entraînant la perte de journées de travail et aboutissant souvent à des infir-

mités nécessitant l'assistance et la pension, d'où une lourde charge pour les collectivités ».

Nous ne prétendons pas apporter dans ce modeste essai des éléments bien inédits au problème, mais, de par les considérations qui suivront, si nous réussissons à attirer l'attention sur l'étiologie syphilitique, trop souvent reléguée au second plan dans les ouvrages classiques, nous estimerons avoir rendu service à un certain nombre de rhumatisants chroniques, grâce aux ressources d'un traitement spécifique quelquefois très efficace s'il est entrepris à temps.

Division du sujet

Avant d'apporter notre contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique, il nous a paru bon de résumer, dans la première partie de ce travail, l'histoire des dissociations subies par cette entité vague appelée « rhumatisme chronique » pour aboutir au groupe de syndromes qu'elle présente aujourd'hui.

Cela nous permettra, dans la seconde partie, d'établir l'autonomie d'un syndrome rhumatismal chronique dans la syphilis.

CHAPITRE PREMIER

Historique et considérations générales sur le rhumatisme chronique

Chez les Anciens, la question du rhumatisme chronique est simple. Dans l'humorisme d'Hippocrate et de ses successeurs, humorisme qui a survécu deux mille ans, on donnait le nom de rhumatisme aux troubles du système locomoteur s'accompagnant de fluxions, d'impotence fonctionnelle et de déformations.

Chez eux, étiologie et pathogénie se confondent : l'une des quatre humeurs peccantes étant troublée, il s'ensuit une réaction qui sert d'émonctoire. Cependant une certaine autonomie avait été conférée aux manifestations de la podagre, connue plus tard sous le nom de goutte.

De Bordeu, au xviii^e siècle, avec son nouvel humorisme, crée les cachexies. Le rhumatisme chronique est de leur domaine.

A partir des xvii^e et xviii^e siècles et jusqu'au milieu du xix^e, l'organicisme, négligeant l'étude des diathèses pour se livrer à l'anatomie pathologique et à la clinique, apporte le commencement de la dissociation

dans le groupe cahotique du rhumatisme chronique :

Baillou isole le rhumatisme articulaire aigu ;

Cullen (Ecossais) différencie les rhumatismes aigu et chronique et identifie une variété musculaire ;

Sydenham distingue de la goutte une maladie d'apparence rhumatismale aboutissant à des déformations articulaires et à des nodosités des doigts ;

Landré-Beauvais, en 1799, décrit la goutte asthénique primitive ;

Héberden, en 1804, remarque qu'il y a une affection chronique articulaire ne débutant pas par le gros orteil, comme dans la goutte, moins douloureuse qu'elle et amenant des déformations bien plus considérables, avec de l'impotence des membres ;

Haygarth (1805-1813) observe que les nodosités propres à certaines formes de rhumatismes des jointures, font partie des os eux-mêmes et ne sont pas de concrétions juxtaposées ;

Lobstein, en 1833, décrit la fragilité de l'os, l'usure et l'éburnation des surfaces articulaires ;

Colles note l'existence de deux processus opposés : absorption de l'os ancien et de son cartilage et formation d'os nouveau ;

Adams, en 1839, donne, en ce qui concerne l'examen des lésions à l'œil nu, une description des atteintes articulaires qui a été déclarée irréprochable par Charcot.

Les observations des Allemands Froriep et Romberg, de l'Irlandais Smith, de l'Ecossais Redfern, de Bonnet, de Lyon, remplissent les dix années suivantes.

En 1850, Broca résume la question de l'arthrite sèche.

Alors se succèdent les thèses célèbres de Charcot, qui isole le type du rhumatisme chronique déformant progressif, en 1853 ; de Trastour (1853), de E. Vidal (1855), et les travaux de Fuller, Garrod, Cornil et Ranvier.

Jaccoud décrit, un peu plus tard, le rhumatisme chronique fibreux, Besnier le rhumatisme chronique simple, Trousseau étudie, dans une de ses cliniques, le rhumatisme nœux.

Il s'est dégagé, de ces travaux, d'abord des groupements anatomiques s'étayant, les uns sur la morphologie, les autres sur la topographie des lésions ; ensuite cette idée, fausse peut-être, qu'à un type anatomique devait toujours correspondre un type clinique et étiologique identique. Or, on établira plus tard que l'anatomie pathologique ne peut par elle-même donner de renseignements absolument certains sur la cause provocatrice du rhumatisme chronique, car les réactions de la synoviale, des enveloppes articulaires, des cartilages et des os peuvent être les mêmes, quelle que soit la cause attribuée au rhumatisme (on ne peut superposer à un type clinique un type étiologique).

Parallèlement à ces travaux, issus de l'organicisme, des observations cliniques montraient qu'il est peu d'affections localisées à un seul organe, et dès ce moment, on en revint à l'humorisme, aux diathèses.

Bazin y range à peu près la médecine tout entière.

Du milieu du xix^e siècle à la période contemporaine, nous assistons à un morcellement des diathèses, à une compréhension nouvelle de l'humorisme.

L'ère pasteurienne, en effet, en montrant les infec-

tions, les intoxications et les toxi-infections à la base d'un grand nombre de maladies, contribue à ce morcellement.

Bouchard rattachait aux diathèses, sous le nom d'arthritisme, ce qui, dans certaines affections, ne pouvait s'expliquer par la microbiologie : obésité, diabète, *rhumatisme chronique*, lithiases biliaire et rénale, asthme, migraine et eczéma.

Mais de nouvelles découvertes, d'une part celles de la bactériologie avec ses conséquences cellulaires et humorales, d'autre part, celles des multiples sécrétions internes, celles enfin de l'anaphylaxie, par Richet, complétées par les travaux de Widal sur l'hémoclasie et la colloïdoelasie ressuscitent le vieil humorisme et contribuent à démembrer l'arthritisme (y compris le rhumatisme chronique) tel que le concevait Bouchard.

Ces découvertes ouvrent de nouveaux horizons à l'étiologie ; en effet, la dissociation du rhumatisme chronique va se continuer avec l'idée directrice de l'infection et, englobant cette dernière, de l'intoxication (dans le sens le plus général : intoxication exogène : alcool, plomb, oxyde de carbone ; intoxications endogène : chroniques, alimentaires, troubles endocriniens, comme causes du rhumatisme chronique.

Outre les diverses infections aiguës ou chroniques : tuberculose, syphilis, gonococcie, scarlatine, maladies de Bouillaud, mélitococcie qui ont été incriminées, une part importante a été attribuée dans ces dernières années à l'infection focale comme cause déterminante du rhumatisme chronique : des poisons provenant de

foyer d'infection localisée sont déversés dans l'économie et agiraient sur les articulations par sensibilisation protéinique.

L'idée de terrain diathésique et celle d'hérédité ont eu également leur part pour expliquer, à leur tour, les formes du rhumatisme chronique où, sous l'influence des perturbations endocriniennes, le métabolisme de certains éléments est troublé et a sa répercussion sur le système ostéo-articulaire par les intoxications et les instabilités humorales qu'il détermine, créant le « terrain rhumatoïde ». Sans terrain spécial, pas de rhumatisme chronique », a pu écrire Rathery. C'est ainsi que se confirment ces paroles du Professeur Bezançon, au Congrès récent du rhumatisme (octobre, 1932): « Comme il l'a été de tous temps, le rhumatisme constitue une sorte de champ clos où s'affrontent les diathésistes et les étiologistes. »

A l'époque contemporaine, le démembrement du rhumatisme a commencé par l'écart de certains types ne relevant pas du rhumatisme chronique :

1° Arthropathies nerveuses (tabes, paralysie générale, syringomyélie, hémiplegie, sclérose en plaques, etc...).

2° Arthropathies hémophiliques.

3° Arthrites statiques de l'école anglaise.

4° Un certain nombre d'ostéopathies congénitales ou acquises, et

5° quelques affections disparates, telles que la sclérodémie, sclérodactylie, etc...

Ces éliminations faites, les recherches ont tendu à dégager les syndromes cliniques autonomes, individualisés, de rhumatismes chroniques.

A l'instar de ce qui s'était produit pour le rhumatisme articulaire aigu dont on avait distrait (Bouchard, Bourcy) les rhumatismes d'origine infectieuse connue, on supposa avec raison que ce qui était vrai de la maladie de Bouillaud, l'était également du rhumatisme chronique déformant progressif dont le type avait été établi par Charcot sur l'anatomie pathologique.

Pierre Marie caractérise la spondylose rhizomélique, et l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique. André Léri donne une conception nouvelle des nodosités d'Héberden, Poncet et Leriche créent la notion de la tuberculose inflammatoire non folliculaire, d'où émerge le rhumatisme chronique tuberculeux ; Teissier et Roques ont décrit longuement le rhumatisme goutteux : ils ont attribué à une toxi-infection méningo-médullaire la polyarthrite déformante. Citons les travaux de Gilbert et Loéper concernant les rhumatismes autotoxiques, les publications de Mouriquand et Michel, de Chauffard, Sicard, Dufour, Bezançon, Pierre Mathieu Weill, Leriche, Rathery, Gaudjoux, Duvernay, Wiessenbach et Françon, Coste et Lacapère, Forestier et nombre d'autres.

Ayant ainsi déblayé le terrain, on peut maintenant aborder l'étude d'une définition et d'une classification du rhumatisme chronique.

CHAPITRE II

Définition et considérations sur la classification du rhumatisme chronique

Le terrain n'est cependant pas si net que l'on puisse établir avec grande précision une définition et une classification définitive du rhumatisme.

DÉFINITION.

Jusqu'à nouvel ordre, on peut dire que si on le distingue de toutes les affections qu'on avait confondues avec lui dans le groupe des arthropathies, le rhumatisme chronique constitue, à l'heure actuelle non pas une entité morbide mais un groupe de syndromes. En effet, si on étudie la symptomatologie de toutes les formes étiologiques, on constate que la triade: douleur, impotence fonctionnelle, fluxion, suivie de déformation ankylosante, est constante et constitue le syndrome banal des rhumatismes chroniques.

CONSIDÉRATIONS SUR LA CLASSIFICATION.

Tenter une classification à l'heure actuelle ne paraît pas possible : cela tient à l'incertitude qui règne au

sujet des causes de nombreux rhumatismes ; beaucoup d'entre eux ont un caractère poly-étiologique ; d'autre part une articulation touchée par une maladie donnée peut se réparer tout en restant sensibilisée non seulement vis-à-vis du même agent morbide mais de beaucoup d'autres.

Les classifications des classiques renferment dans des cadres trop étroits des groupes disparates.

Rappelons celle de Teissier et Roques dans ses grandes lignes. Les auteurs lyonnais ont établi à peu près cette classification :

A. — RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT :

a) forme généralisée ; b) forme vertébrale ; c) forme mono ou oligo-articulaire.

B. — RHUMATISME INFECTIEUX :

a) gonococcique ; b) tuberculeux ; c) articulaire aigu ; d) syphilitique, etc...

C. — RHUMATISMES DYSCRASIQUES :

1° hétéro-intoxications :

a) plomb ; b) alcool, etc...

2° auto-intoxications :

a) goutteux ; b) oxalémique ; c) psoriadique ; d) biliaire ; e) endocrinien.

Coste et Lacapère ont proposé un groupement qui permet d'interpréter la très grande majorité des cas cliniques.

Ils distinguent : les arthrites inflammatoires ou plus simplement les arthrites.

Les ostéo-arthropathies dystrophiques ou arthroses.

Les arthrites dépendent de l'influence d'une maladie infectieuse bien classée ou d'infections locales. Cliniquement, elles portent les signes de l'inflammation. Biologiquement, elles sont mise en évidence par certains tests dont la sédimentation globulaire est la plus fréquemment recherchée.

Les arthroses sont en principe des maladies d'usure articulaire ayant leur maximum de fréquence dans la vieillesse. Elles relèvent de la sénescence, de l'artériosclérose, des altérations des sécrétions endocriniennes, de tous les troubles dyscrasiques ou métaboliques qui diminuent la vitalité des parties constitutives des articulations.

Cliniquement, elles atteignent de préférence les os : la synoviale subissant des atteintes légères. Elles sont déformantes, compressives, douloureuses, craquantes, mais froides.

On voit par ce court exposé que rien n'est encore définitif et que l'on est encore autorisé à considérer les divers rhumatismes chroniques comme des syndromes dont on ne saurait trop limiter les cadres de classification.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Manifestations articulaires de la syphilis

Nous en arrivons donc maintenant à aborder l'étude du rhumatisme chronique syphilitique.

Le syndrome du rhumatisme chronique syphilitique n'a pas acquis de prime abord droit de cité dans le cadre nosologique.

En effet, cette étiologie syphilitique de certains rhumatismes n'était même pas envisagée il y a encore peu d'années, malgré la notion certaine d'antécédents dûment établis. Ainsi le témoigne l'observation suivante que nous avons trouvée au cours de nos recherches sur les travaux relatifs au rhumatisme chronique.

OBSERVATION (*résumée*). — CHAUFFARD (*Clinique de l'Hôpital Cochin, in Journal des Praticiens, 1906*).

« Un rhumatisant voit sa maladie débiter en mars 1903 par une atteinte du pied. Les douleurs progres-

sant, bientôt les chevilles enflent ; survient un refroidissement : les deux épaules se prennent. Les douleurs s'étendent bientôt à toutes les articulations du membre supérieur. Durant plusieurs mois, les douleurs persistent en subissant des exacerbations passagères : les mouvements deviennent de plus en plus difficiles. Durant l'hiver apparaissent des douleurs dans les hanches : toutes les articulations craquent et se mobilisent avec peine. Depuis cette époque, le mal n'a fait qu'empirer. Aux douleurs, se sont jointes des déformations, des ankyloses. Quand le sujet entre à l'hôpital le 7 mars 1906, seule l'articulation temporo-maxillaire est encore épargnée par le rhumatisme. Le malade présente une déformation caractéristique des mains, dite en extension, de Charcot. Le coude est ankylosé en demi-flexion, l'épaule est le siège d'une ankylose. Du côté des membres inférieurs les déformations sont moins sensibles, pas de déviation en dehors des gros orteils, les genoux peuvent encore exécuter une légère flexion, malgré une soudure véritable de la rotule sur les condyles fémoraux. La colonne cervicale n'est pas épargnée. Hormis ces lésions articulaires, rien de viscéral, le cœur est indemne.

« Que dit l'histoire étiologique ? Le malade est maréchal-ferrand, âgé de 51 ans. Pas de traces d'hérédité rhumatismale, mais sa mère est morte d'un cancer abdominal. Aucune infection récente à laquelle on puisse rattacher les dernières manifestations : antérieurement, une blennorragie fut contractée et guérie neuf ans avant les accidents actuels. Notre sujet prit la syphilis avant son service militaire, le traitement en fut suivi régulièrement. »

Dans la discussion du diagnostic, le Professeur Chauffard élimine le pseudo-rhumatisme infectieux : absence de mal de gorge, de blennorrhagie récente ou en évolution, d'érysipèle, de scarlatine, de poussée de rhumatisme articulaire aigu, séreuses non touchées, pas d'adénopathies ; tous ces arguments permettent de rejeter l'idée d'un rhumatisme infectieux.

L'absence d'accidents goutteux et de nodosités débordant aux articulations phalangiennes, l'absence de manifestations arthritiques en général, n'autorise pas le diagnostic de rhumatisme goutteux.

« Reste la troisième catégorie des rhumatismes chroniques : le malade était atteint de rhumatisme chronique déformant, selon la classification de Teissier, de Lyon. Il avait l'âge auquel on contracte cette affection la notion d'un refroidissement dans ses antécédents ; de plus, l'interrogatoire révélait de l'hérédité cancéreuse : on peut penser aussi à la tuberculose. »

On le voit, dans la discussion du diagnostic étiologique, il n'est fait mention de la blennorrhagie que pour l'éliminer ; il n'est pas question de syphilis. Cependant le malade avait eu ces deux affections. Nous ne prétendons pas que son rhumatisme en relevait, mais aujourd'hui, étant données ces notions, on n'hésiterait pas, semble-t-il, à faire subir un traitement spécifique plus intense (bismuth, arsenic) à un malade présentant un syndrome analogue.

Cela tient à ce qu'on tend à ne plus limiter dans un cadre trop restreint les manifestations articulaires de la syphilis.

Quelles sont donc les manifestations articulaires de la syphilis ?

On en a établi classiquement une classification et une description ne reposant que sur l'âge de l'infection sous-jacente. Mais cette classification, à cause de ses bases beaucoup trop théoriques, a vu les limites qu'elle dressait, se renverser par le seul contact des réalités pratiques. « C'est ainsi, dit le Professeur Gauthoux, que s'est imposée peu à peu une synthèse de point de départ purement anatomo-clinique, c'est-à-dire très exactement lésionnelle et qui, sans multiplier les formes nosographiques, affirme et précise au cours de l'évolution active ou latente d'une syphilis acquise ou héréditaire, d'une syphilis traitée ou méconnue, la possibilité d'une origine spirillaire ou toxémique à toutes atteintes plus ou moins profondes des grandes ou petites synoviales articulaires ou para-articulaires des capsules et des surfaces articulaires, enfin parfois même des épiphyses osseuses. »

Cette classification ne bouleverse nullement l'ordre classique établi jusque-là, elle se contente d'individualiser non plus dans le temps, mais en profondeur lésionnelle. En voici un exposé rapide où nous parlons brièvement des symptômes et tenons compte de l'anatomo-pathologie.

1° La syphilis peut produire de simples arthralgies, surtout à la période secondaire. Arthralgies survenant surtout la nuit, amenant un engourdissement des membres, qui cède au matin après quelques mouvements.

2° On voit des synovites subaiguës caractérisées par un gonflement douloureux et légèrement inflammatoire de quelques jointures où les douleurs sont spon-

tanées, principalement nocturnes, entraînant peu de gêne fonctionnelle. Il y a parfois une légère température. Cette fluxion articulaire n'a pas la mobilité du vrai rhumatisme. On les voit à la période secondaire, quelquefois aussi à la période tertiaire et dans l'hérédosyphilis tardive.

3° L'hydarthrose syphilitique atteint les grosses jointures en provoquant à peine une gêne fonctionnelle. Au genou on aperçoit le choc rotulien. En ponctionnant, on retire un liquide quelquefois puriforme avec des polynucléaires, d'autres fois avec des lymphocytes. Enfin, on peut voir, comme l'a indiqué Pillon (Thèse de Lyon, 1914), les lymphocytes succéder aux polynucléaires et les tréponèmes dans des cas exceptionnels. Dans ces hydarthroses, la réaction de Bordet-Wassermann est plus souvent positive. L'examen radiologique ne montre aucune lésion. L'évolution est très lente, marchant sur des mois, même des années. L'épanchement tendant à passer d'un genou à l'autre, on lui a donné le nom « d'hydarthrose à bascule ». On la voit surtout à la période secondaire et dans l'hérédosyphilis où elle coïncide souvent avec la triade d'Hutchinson.

4° La pérисynovite gommeuse décrite par Lanceaux, se présente souvent comme une mono-arthrite du genou à début lent et indolore. La tuméfaction de la jointure ne détermine que peu de gêne. Le palper donne l'impression d'éléments sous-jacents mollasses pour certains, résistants pour d'autres. On a la sensation de « plaques de blindage ». Cette pérисynovie amène l'atrophie musculaire et quelquefois l'ankylose. Les os et les cartilages n'y sont pas altérés.

5° Les ostéo-arthrites syphilitiques se présentent cliniquement sous l'apparence d'une tumeur blanche intéressant épiphyse et parfois cartilages de l'articulation. Il y a hyperostose de l'épiphyse, élargissement de la rotule et au palper on perçoit un choc rotulien. Elles siègent surtout au genou. Le début se manifeste par des douleurs ostéocopes nocturnes que la marche n'augmente pas. Dans ces formes le diagnostic différentiel le plus important est à faire avec l'arthrite tuberculeuse.

CHAPITRE II

Rhumatisme chronique syphilitique

Telles sont rapidement résumées les manifestations articulaires de la syphilis. Nous gardons pour la fin les arthrites chroniques qui revêtent les divers aspects du rhumatisme chronique. Dans ce groupe, constituant notre syndrome rhumatisme chronique syphilitique, étaient surtout décrites les ostéo-arthropathies déformantes. Il faut y placer une manière de « nouveau-né » (nous dit Dufour, de Paris) quant à son étiologie : le rhumatisme polyarticulaire progressif syphilitique ayant tout l'aspect d'un *rhumatisme chronique banal*, sans caractère spécifique proprement dit, caractérisé au niveau de certaines articulations par du gonflement, de la douleur, de l'impotence fonctionnelle, un certain degré d'ankylose.

L'observation suivante, d'une malade que nous avons examinée avec notre maître le Docteur Martine, nous en paraît être un cas typique :

OBSERVATION (Docteur MARTINE, Médecin en Chef de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon).

En octobre 1930, Mme N..., 38 ans, épicière, vient nous trouver, se plaignant de rhumatisme et d'oppression.

Dans les antécédents héréditaires et collatéraux, nous ne relevons rien de notable. Ses parents sont encore vivants et en bonne santé, elle a cinq frères ou sœurs qui se portent bien.

Personnellement, mariée depuis une douzaine d'années, à un homme d'excellente santé, elle n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche, elle ne se souvient d'aucune maladie de prime jeunesse.

Elle déclare être sujette aux rhumes depuis l'âge de 22 ans, époque à laquelle ont commencé ses déboires. Le début a été marqué par une bronchite ayant duré un an. Elle n'a jamais eu d'hémoptysie, aucun examen radioscopique et bactériologique n'a été pratiqué à cette date.

D'ailleurs ce n'est pas principalement pour ces phénomènes pulmonaires qu'elle vient consulter, mais surtout pour des manifestations douloureuses du côté des jointures, dont elle fait remonter le début à un an en arrière.

De vagues arthralgies sont les premières manifestations de l'atteinte articulaire. Elle n'y prête guère attention, aucun trouble fonctionnel ne s'étant encore manifesté. Mais bientôt les douleurs deviennent plus intenses. Les articulations coxo-fémorales, surtout la gauche, perdent leur souplesse : elles s'ankylosent et la marche devient pénible. Puis les deux tibio-tarsien-nes, les genoux se tuméfient, deviennent douloureux, les membres supérieurs eux-mêmes sont le siège d'arthralgies. L'état général n'est cependant guère touché, tous ces phénomènes ne s'accompagnant ni de fièvre ni de perte d'appétit.

Bientôt cette femme ne peut plus s'habiller seule, il faut la chausser, l'aider pour les actes les plus élémentaires de la vie quotidienne. Elle marche péniblement, s'aidant de deux cannes et a constamment besoin d'être accompagnée. Bref c'est une infirme dont l'impotence s'accroît de jour en jour.

Examen clinique. — Nous procédans tout d'abord à l'examen des membres :

L'article supérieur est objectivement intègre.

En ce qui concerne l'article inférieur : l'articulation coxo-fémorale gauche est douloureuse, légèrement tuméfiée, les mouvements de la cuisse de ce côté sont très limités, l'ankylose est presque totale. L'articulation caxo-fémorale droite est moins atteinte, les deux genoux sont douloureux, les mouvements sont aussi très limités. Il y a à leur niveau une tuméfaction prononcée et le palper, s'il ne permet pas d'y percevoir un choc rotulien, nous révèle au moins que les tissus sous-jacents sont le siège d'une inflammation chronique ayant amené des déformations appréciables. Les deux tibio-tarsiennes sont tuméfiées et douloureuses, les mouvements des pieds réduits. Toutes ces tuméfactions ne donnent pas de godet d'œdème à la pression :

L'appareil pulmonaire, à l'examen clinique et radioscopique, présente des signes de sclérose diffuse avec emphysème.

Le cœur a un rythme régulier et normal sans souffles orificiels. La tension artérielle est de 11/7.

Ni le foie ni la rate ne sont perçus.

La réflexivité tendineuse est intacte, mais à l'examen des réflexes pupillaires, un signe que l'anamnèse

ne laissait pas prévoir s'offre à nous par la manifestation d'un Argyll Robertson typique.

La malade, alors pressée de questions plus précises, finit par déclarer qu'elle a contracté à l'âge de 22 ans un chancre syphilitique de l'amygdale pour lequel elle a subi deux séries de novarsénobenzol en l'espace de deux ans. Par la suite elle prend de l'iodure au printemps et à l'automne : aucun accident inquiétant ne s'étant manifesté, là s'est borné son traitement.

Etant donnée cette notion, nous instituons un traitement spécifique au moyen d'un hydroxyde de bismuth administré sous forme d'injections intramusculaires bi-hebdomadaires.

Graduellement nous assistons à l'amélioration de notre malade. Les tuméfactions diminuent, les articulations retrouvent peu à peu leur souplesse. Les douleurs disparaissent.

A la 20^e piqûre, cette femme n'a plus besoin de cannes : elle marche normalement et plus rien qu'un très léger degré d'empâtement ne persiste au niveau des surfaces articulaires.

Nous la revoyons régulièrement et lui faisons suivre un traitement périodique. Aucune manifestation nouvelle ne s'est manifestée depuis deux ans et demi.

L'étude de cette observation suggère les réflexions suivantes : Le diagnostic topographique établi a permis de constater qu'on avait affaire à une forme évolutive non encore généralisée — en tout cas pas au type de Charcot qui commence par les extrémités. Rien ne distingue donc cette observation d'un syn-

drome banal de rhumatisme chronique d'une étiologie infectieuse quelconque, car dans tous les syndromes rhumatismaux on retrouve la triade : douleur, impotence fonctionnelle et déformations, que nous avons ici.

Cliniquement pouvait se poser la distinction entre un rhumatisme chronique, soit d'origine endocrinienne (étant donné l'âge de la malade), la ménopause n'étant pas en cause, cette hypothèse était à rejeter ; soit d'origine focale : le foyer d'infection chronique étant à rechercher (face, dents, sinus, organes génito-urinaires) ; soit d'origine chronique (syphilis, gonococcie, tuberculose). Le diagnostic portait plutôt ses tendances vers cette étiologie. La malade, si elle venait consulter pour « ses rhumatismes », ne se plaignait-elle pas de toux fréquente, de rhumes à répétition, de poussées de bronchite ?

Ce n'est que par l'examen méthodique et systématique qu'a été dépistée l'origine syphilitique de cette polyarthrite. Un Argyll-Roberston dûment constaté, a aiguillé immédiatement les recherches vers la spécificité. Les aveux de la malade au sujet d'un chancre de l'amygdale contracté il y avait 14 ans, n'ont fait que confirmer cette donnée déjà si précise.

Bien plus, le traitement qui constituait une nouvelle pierre de touche, a, de par ses résultats, confirmé l'origine syphilitique de la maladie.

Il est évident que, devant un tel problème, les recherches de laboratoire sont indiquées. La réaction de Bordet-Wassermann était positive, mais dans le cas particulier, le diagnostic clinique aurait fait passer

ontre à la négativité de la réaction et un traitement spécifique eût été institué de la même manière.

Cette seule observation pourrait donc suffire à elle seule à établir la personnalité du syndrome rhumatisme chronique syphilitique si d'autres travaux (ceux de H. Dufour en particulier, et de bien d'autres) n'y avaient déjà largement contribué.

Pourquoi, peut-on se demander, la syphilis n'effectue-t-elle pas, dans certains cas, les articulations par les modalités qu'elle emprunte ordinairement? Celles que nous avons signalées précédemment et qui sont les formes dites spécifiques de la syphilis articulaire. Il est difficile de répondre à cette question. Mais, en jugeant par analogie avec ce qui se passe dans la tuberculose, où les formes inflammatoires relèvent soit de bacilles dont la virulence est atténuée, soit d'un terrain modifié par des atteintes antérieures qui ont créé une certaine immunité, on peut présumer que dans la syphilis également, les germes ayant perdu leur virulence, ou le terrain étant modifié par l'immunité, les réactions articulaires prennent un mode nouveau et se caractérisent par la banalité d'un rhumatisme infectieux quelconque. En tout cas, il faut admettre quant à la nature de l'infection causale, qu'il s'agit toujours d'une syphilis atténuée, soit par transmission (hérédité de 1^{re} ou 2^e génération, soit par son mode de contagion (syphilis conceptionnelle), soit par vieillissement ou encore par traitement préalable, qui a généralement d'ailleurs été insuffisant.

Une autre question peut se poser : Existe-t-il un ou plusieurs types de rhumatisme chronique déformant

syphilitique ? Les observations en démontrent le polymorphisme. Dufour s'exprime ainsi à ce sujet : « Il ne semble pas qu'il faille trop limiter le cadre du rhumatisme chronique syphilitique : il est des formes, surtout synoviales, à poussées successives, très déformantes, sans grande participation du système osseux, tout au moins pendant des années. Il y a des formes ostéophytiques. Point n'est besoin de vouloir créer un type nosographique portant à lui seul le cachet de la polyarthrite déformante ».

On le voit par ce court exposé, le champ des suppositions est encore vaste et il est bien des points qui demeurent obscurs dans cette immense question du rhumatisme chronique syphilitique. Nous n'avons fait qu'effleurer le problème, tant les observations vraiment typiques du genre de celle que nous avons citée sont rares.

Conclusions

I. — Le rhumatisme chronique est une maladie aussi fréquente que son étiologie est énigmatique.

II. — Du point de vue clinique, les manifestations de ce syndrome sont depuis longtemps connues et décrites.

III. — Aussi bien, les travaux contemporains, n'ont-ils apporté aucune retouche essentielle à cet égard, et les chercheurs se sont orientés uniquement du côté du problème de l'essence même de cette maladie.

IV. — Il est impossible de superposer à un type clinique un type étiologique, et c'est en dehors des jointures qu'il faut chercher la solution du problème.

V. — Il n'y a pas, au point de vue étiologique, *un* rhumatisme chronique (tuberculeux, syphilitique, gonococcique, endocrinien, d'intoxication, etc...), mais *des* rhumatismes chroniques.

VI. — Il est difficile de préciser la part qui revient à la syphilis dans la genèse d'un rhumatisme chronique. Cette difficulté tient à deux facteurs:

1° L'infection tréponémique ne met pas à l'abri

des autres toxi-infections ; en d'autres termes, un syphilitique peut être rhumatisant chronique sans que son rhumatisme soit syphilitique.

2° Le caractère inopérant, d'autre part, d'un traitement spécifique, même judicieusement conduit, ne permet pas de rejeter cette étiologie. Il peut en être du rhumatisme chronique, surtout dans ses formes anciennes et invétérées, comme d'autres manifestations à tréponème (tabes, paralysie générale, etc.), qui ne sont pas précisément influencées par le traitement.

VII. — Ces réserves faites, l'authenticité du rhumatisme chronique syphilitique est incontestable et l'observation que nous apportons est des plus démonstratives à cet égard.

Vu :

LE DOYEN,
BALTHAZARD.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- ACHARD (Ch.). — Syphilis articulaire. *Journal des Praticiens*, 28 novembre 1928.
- ARNING. — Polyarthrititis syphilitica. *Ann. Dermat.*, nov. 1908.
- BARJON. — Du syndrome rhumatismal chronique déformant. *Thèse de Lyon*, 1896-1897.
- BEZANÇON et MATHIEU, P. WEILL. — Séance de la Société d'hydrologie et de climatologie médicale de Paris du 15 fév. 1932.
- BLUM. — Arthralgies au cours de la syphilis. *Bull. Méd.*, 1923, N° 31.
- BROCA (Aug.). — Aspects cliniques de la syphilis articulaire, origine traumatique possible. *Presse Méd.*, 2 nov. 1921.
- CANTONNET (A.). — Le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson. *Paris Méd.*, 6 sept. 1919.
- CHAUFFARD. — Rhumatisme chronique déformant. *Journal des Praticiens*, 1906.
- COSTE et FORESTIER. — Symptômes de début des polyarthrites chroniques évolutives. *Conc. méd.*, 27 nov. 1932.
- COSTE et LACAPÈRE. — Grands syndromes du rhumatisme chronique des jointures. *Presse Méd.*, 11 et 21 mars 1931.
- CONGRÈS DU RHUMATISME, Paris, 1932. — Compte rendu.
- DAULOIS. — Arthrite syphilitique déformante. *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1896.
- DEFONTAINE. — De la syphilis articulaire. *Thèse de Paris*, 1882.

- DUFOUR (Henri). — Le rhumatisme articulaire chronique déformant syphilitique. *Monde Médical*, 1^{er} décembre 1924.
- GAUJOUX (Em.). — Rhumatisme et syphilis. *Sud Médical et Chirurgical*, 15 juillet 1930.
- LÉRI (André). — Arthritisme et rhumatismes chroniques. (*Journal Méd. Fr.*, mai 1927.
- MOURIQUAND et MICHEL. — Rhumatisme chronique, maladies de la nutrition, dans *Path. Méd. Maloine*.
- CHARCOT (A.), BOUCHARD. — *Traité de Médecine*, 1890.
- LOUSTE. — Les arthropathies syphilitiques. *Journal de Méd. et de Chir. prat.*, 10 juin 1924.
- PILLON. — Les formes cliniques de la syphilis héréditaires et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses. *Thèse Lyon*, 1914.
- PONCET et LERICHE. — *La tuberculose inflammatoire*. Doin, édit., 1912.
- VILLANÈNE. — Un cas de polyarthrite syphilitique. *Rousski Vrach*, 21 juin 1903.
- VOISIN. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. *Thèse de Paris*, 1875.
- WEISSENBAACH et FRANÇON. — Causes et traitements des rhumatismes chroniques.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIERE PARTIE

AVANT-PROPOS	9
DIVISION DU SUJET	11
CHAPITRE I ^{er} . — Historique et considérations générales sur le rhumatisme chronique	13
CHAPITRE II. — Définition et considérations sur la classi- fication du rhumatisme chronique.....	19

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE I ^{er} . — Manifestations articulaires de la syphilis	23
CHAPITRE II. — Rhumatisme chronique syphilitique....	29
CONCLUSIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	39



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



